Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor. arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 7 listopada 1885. № 45. Rok XXIV.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do chirurgii.

XIV.

Złamanie szyi kości udowéj powstałe przy odprowadzeniu zadawnionego zwichnięcia w stawie biodrowym.

Podał Dr. Rudolf Trzebicky,
1 asystent tejże kliniki.

W 32im tomie archiwu Langenbecka opisuje Wippermann (*Ueber die primäre Exstirpation des Gelenkkopfes bei mit Fractura colli complicirter Luxation im Hüftgelenke*) przypadek obserwowany w klinice Czernego, w którym podczas usiłowania repozycyi zadawnionego zwichnięcia stawu biodrowego nastąpiło złamanie szyi kości udowéj a główka następnie uległa nekrozie. Oprócz tego zestawił jeszcze Wippermann 13 znanych w literaturze przypadków, w których zachodziło powikłanie zwichnięcia w stawie biodrowym ze złamaniem szyi kości udowéj. Jeden z tych przypadków jest nieco wątpliwy, gdyż tam prawdopodobnie chodziło tylko o samo złamanie szyi kości udowéj; w 3ch przypadkach spostrzeżono to powikłanie dopiero przy sekcyi, w 3ch przypadkach powstało złamanie pierwotnie równocześnie ze zwichnięciem a w 7miu pękła kość udowa dopiero w skutek rozmaitych zabiegów przedsiębranych dla odprowadzenia zwichnięcia. W tych razach, gdzie złamanie powstało równocześnie ze zwichnięciem, dalszy przebieg nie pozostawiał nic do życzenia i rezultat co do funkcyi bywał wcale dobry; jeżeli zaś złamanie powstało później niż zwichnięcie, to wówczas tylko gojenie odbywało się bez przeszkód, jeżeli linija złamania przebiegała zewnątrz torebki. Na 3 zaś przypadki złamania śródtorebkowego 2 razy powstała nekroza główki, prowadząca do rozległego i długotrwałego ropienia. Chory Bryka umarł wreszcie w skutek róży, która się rozwinęła po resekcyi wykonanéj dla wydobycia obumarłéj główki, a pacyjent Czernego zaledwie po półrocznéj kuracyi mógł chodzić o kuli. Pacyjent Verneuila, u którego do nekrozy nie przyszło, nie mógł używać swéj odnogi w skutek zaniku mięśni na drugiéj nodze. Na podstawie tych wyników dochodzi Wippermann do wniosku, że w tych przypadkach, gdzie podczas repozycyi zwichnięcia stawu biodrowego powstało złamanie szyi kości udowéj wewnątrz torebki, należy od razu wykonać resekcyję główki, aby zapobiedz jéj ubumarciu. Jakkolwiek jednak ilość znanych podobnych przypadków jest jeszcze skąpa, to przecież przypuścić należy, że w rzeczywistości tego rodzaju powikłanie zwichnięcia w stawie biodrowym zdarza się daleko częściéj, zarówno w klinikach jak i w praktyce prywatnéj, a zasługą właśnie Wippermanna jest, że na tę okoliczność w ogóle zwrócił uwagę.

Nie od rzeczy może będzie, że podam do szerszéj wiadomości odnośny przypadek, obserwowany w tutejszéj klinice chirurgicznéj, zwłaszcza, że może on wobec osiągniętego pomyślnego wyniku posłużyć do poparcia zapatrywania Wippermanna, a tém samém przyczynić się do rozstrzygnięcia téj dla praktyki tak ważnéj kwestyi.

J. R., mężczyzna, lat 46 liczący, wypadłszy przed czterema tygodniami z wozu zwichnął nogę. Aż do dnia przyjęcia do kliniki nie robiono żadnych prób w celu repozycyi zwichnięcia. Przyjęty do kliniki okazywał typowy obraz zwichnięcia stawu biodrowego ku tyłowi i ku górze (*luxatio iliaca*); główka kości udowéj była wyraźnie na talerzu biodrowym wyczuwalna. Dnia 5 lutego 1883 r. próbowano w głębokiéj narkozie reponować odnogę przy wyprostowanym stawie biodrowym. Gdy jednak usiłowania te nie doprowadziły do celu, powtórzono je przy zgiętym stawie biodrowym; podczas tych prób złamała się szyjka kości udowéj. W obec spóźnionéj pory nie badano już daléj dokładnie i założono tylko na odnogę przyrząd naciągający w zamiarze

wykonania następnego dnia resekcyi stawu biodrowego, gdyż prof. Mikulicz sądził, że wynik po téj operacyi w każdym razie będzie lepszy, niż po konserwatywném leczeniu zwichniętéj i złamanéj równocześnie odnogi.

Następnego dnia przystąpiono tedy, wśród zwykłych zasad postępowania przeciwgnilnego, do resekcyi główki kości udowéj według Whita. Po odsłonięciu stawu okazało się, że główka była zreponowaną, gdyż znajdowała się na swojém miejscu w panewce, zkąd ją bardzo łatwo za pomocą kleszczy można było wyjąć, gdyż więzadło było przerwane a linija złamania przebiegała wewnątrz torebki tuż popod główką (przez szyjkę anatomiczną, Lossen).

Po wyjęciu główki i odszczepanego kawałka szyjki założono do rany dwa sączki średniéj grubości, ranę samą zespojono kilku szwami a odnogę całą ułożono znów w przyrządzie naciągającym.

Dalsze gojenie się z początku nie odbywało się całkiem gładko, gdyż rana poczęła miernie ropieć, a chory podczas pierwszych dwóch tygodni wieczorami gorączkował (aż do 38·8°C.). Niemniéj jednak z początkiem marca rana już była zabliźnioną, a pacyjent 16go marca wstał z łóżka, z końcem zaś tego miesiąca o kulach opuścił klinikę.

Według doniesienia listownego pacyjent chodzi obecnie o jednéj lasce wcale dobrze i jest w stanie przez cały dzień bez znużenia oddawać się swemu zajęciu jako szynkarz na wsi.

Opisany dopieroco przypadek, nader podobny do przypadku obserwowanego przez Czernego, uzupełnia szereg przypadków zebranych z literatury przez Wippermanna. Oczywiście, że tu przy ostatniéj próbie odprowadzenia zwichnięcia naprzód główka wskoczyła do panewki, a bezpośrednio potém szyjka kości udowéj uległa złamaniu, gdyż w ten jedynie sposób można sobie wytłumaczyć tę okoliczność, że główka przedtém na talerzu biodrowym z łatwością wyczuwalna podczas operacyi znajdowała się na swém miejscu w panewce. Niemniéj jednak pierwotna resekcyja główki była tu, o ile to ocenić teraz można, najracyjonalniejszym i najpewniejszym zabiegiem, gdyż główka wyrwana zupełnie z połączenia z otaczającemi tkankami i luźno całkiem leżąca wśród panewki byłaby bez wątpienia tak jak w przypadkach Bryka i Czernego uległa nekrozie. Jeżeli jeszcze uwzględni się wynik względnie pomyślny co do ostatecznéj funkcyi, to można przypadek ten śmiało uważać za dowód popierający prawdziwość wyż wypowiedzianego zdania Wippermanna.

II. Z Zakładu farmakologicznego Uniw. Jagiell.

O działaniu ergotyny na krążenie i na macicę.

Podał Prof. Dr. Józef Łazarski.

(Dokończenie Patrz Nr. 44).

Badanie wpływu ergotyny na macicę przedsiębrałem na sukach i królikach kuraryzowanych. Przed wstrzykiwaniem ergotyny do żyły została macica dokładnie odsłonięta i aby unikać oziębienia ustroju, przedsiębrałem doświadczenia w pokoju ogrzanym do 28°C. W doświadczeniach tych zauważyłem, że ergotyny te, po których w poprzednich doświadczeniach ciśnienie krwi znacznie się zmniejszało, nie wywierały żadnego wpływu na macicę. Ponieważ kwas sklerotynowy jest właśnie tą istotą obniżającą ciśnienie krwi, przeto i z kwasami Dragendorffa i Podwysockiego przedsiębrałem doświadczenia. Rownie jak i Kobert nie spostrzegałem nigdy po zastósowaniu tych wytworów kurczenia się macicy. Przeciwnie zaś po tych ergotynach, po których zastósowaniu następowało zwiększenie ciśnienia krwi, kilka razy spostrzegałem kurczenie się macicy, a mianowicie po małych dawkach kurczenie się postępujące od dna macicy ku wargom; po wielkich dawkach widoczném było szybko występujące zmniejszenie się macicy, trwające średnio 30—40 sekund, poczém następowała pauza, po któréj znów nastąpił kurcz krócéj od poprzedniego trwający.

Zachodzi teraz pytanie, która z tych ergotyn badanych byłaby dobrą do zastósowania leczniczego? Nie ulega wątpliwości, że ergotyna, która macicę do skurczów pobudza, będzie wytworem dobrym do stósowania w położnictwie. Czy jednak ta sama ergotyna zwiększająca ciśnienie krwi przez zadrażnienie ośrodka naczyniowego, może być zarówno dobrym wytworem w krwotokach różnych narządów? Nie mogę sobie wyobrazić skuteczności środków stósowanych w krwotokach narządów wewnętrznych w inny sposób, jak tylko przez zmianę występującą w krążeniu. Jeżeli mamy na myśli krwotoki czynne, wówczas ergotyna zwiększająca pobudliwość ośrodka naczyniowego, a tém samém zwiększająca ciśnienie krwi, nie może na nie korzystnie oddziaływać, jest bowiem rzeczą dla każdego zrozumiałą, że każde zwiększenie ciśnienia krwi tylko powiększyć może krwotoki czynne. Tłumaczenie więc skuteczności ergotyny w krwotokach zwężaniem się naczyń nie jest przypuszczalném; musielibyśmy bowiem przypuścić, że tylko w tém miejscu i te naczynia zwężają się, z których krwotok nastąpił. Z doświadczeń jednak na zwierzętach wiemy, że wszystkie naczynia stojące pod wpływem nerwów naczyniowych zwężać się muszą; a następstwem tego zwężenia jest właśnie podwyższone ciśnienie krwi. Taki więc sposób tłumaczenia skuteczności ergotyny w krwotokach różnych narządów i części ustroju, jak np. płuc, nerek, pęcherza, nosa, przewodu pokarmowego, stoi w sprzeczności z naszemi fizyjologicznemi wiadomościami o krążeniu. Jeżeli zaś wyobrazimy sobie, że uda nam się w obec krwotoków czynnych jakiegokolwiek narządu zmniejszyć ciśnienie krwi, to nie można wykluczyć możności, że skutkiem obniżenia parcia ościennego, czyli skutkiem zmniejszonych oporów w krążeniu, większe krwotoki mogą się zmniejszyć, a nieznaczne zupełnie ustać. Rozumie się samo przez się, że kwas sklerotynowy lub też sklerotynijan sodowy będą takiemi wytworami, po których najpewniéj spodziewać się można obniżenia ciśnienia krwi i zwolnienia częstości tętna.

Co się zaś tyczy ergotyny Bonjeana (obecnie powszechnie stósowanéj) to takowa—jak z powyższych badań wynika—ciśnienie może obniżyć, ale można napotkać ergotynę taką, która to ciśnienie krwi zwiększy, a tém samém każdy czynny krwotok tylko powiększy. Co się zaś tyczy krwotoków macicznych, to w nich i ta ergotyna mogłaby się okazać skuteczną, która posiada własność pobudzania macicy do skurczów, pomimo iż takowa zwiększałaby ciśnienie krwi.

Kobert jest zdania, iż nie należy obecnych wytworów sporyszu dopóty stósować, dopóki nie będzie można w handlu otrzymać istot działających sporyszu w stanie zupełnie czystym. Według niego najlepiéj byłoby od września do grudnia stósować sporysz jako taki. — Sądzę, że nie można się sprzeciwiać stósowaniu kwasu sklerotynowego w krwotokach czynnych, skoro wiemy, że tenże obniża ciśnienie krwi. Nie jest on wprawdzie wytworem czystym

pod względem chemicznym, jak Kobert wykazał, jest on jednak wytworem czystym pod względem fizyjologicznym; a o to nam się przecież w zastósowaniu onego rozchodzi. Co się zaś tyczy zastósowania ergotyny (otrzymanéj jakimkolwiek sposobem) jako leku mającego pobudzać macicę do skurczów, to zgodzić się trzeba z Kobertem, ponieważ o żadnéj ergotynie w handlu się znajdującéj (jak to z poprzedzających doświadczeń wynika) nie można z pewnością powiedzieć, że wywoła ona skurcze macicy.

Aby się przekonać, jakie są różnice w działaniu ergotyn ze sporyszu różnych okresów wegetacyi jakotéż i ze sporyszu długo przechowywanego, przedsiębrałem cały szereg badań.—Sporządzałem ergotynę według Bonjeana ze sporyszu z trzech różnych lat w różnych miejscach i w różnych okresach wegetacyi zbieranego i każdy wytwór poddawałem dyalizie. Ergotyna otrzymana ze sporyszu krótki czas przed dojrzeniem żyta zbieranego, działała zawsze obniżająco na ciśnienie krwi, tak samo działały i ergotyny ze sporyszu zbieranego z dojrzałego żyta. Te ergotyny jednak nie pobudzały macicy do skurczu.—Taką ergotynę można w stanie dyalizowanym kilkanaście miesięcy przechowywać; a więc nadaje ona się tak samo, jak to powyżéj powiedziałem, jak i kwas sklerotynowy do stósowania w krwotokach czynnych. Na dyalizowanie tych wytworów zwracam dla tego uwagę, ponieważ ergotyny, które dla kontroli nie poddawałem dyalizie, po kilku tygodniach zmieniły swoją własność farmakodynamiczną i zamiast obniżać zwiększały ciśnienie krwi. Ergotyna zaś sporządzona ze sporyszu długo przechowywanego zwiększa przeważnie ciśnienie krwi lub téż zachowuje się obojętnie, na macicę zaś nie działa; według tego więc, co wyżéj nadmieniłem, nie może ona być stósowaną w krwotokach czynnych.

Sporządziłem także ergotynę ze sporyszu 4 do 5 tygodni przed dojrzeniem żyta zbieranego. Takie wytwory znacznie zwiększały ciśnienie krwi i pobudzały zawsze macicę do skurczu.

Sporządzałem również i wyciągi wyskokowe z tych samych odmian sporyszu i przekonałem się, że sporządzone ze sporyszu z wczesnego okresu wegetacyi najpewniéj pobudzają macicę do skurczu. Spostrzegałem także skurcze macicy po zastósowaniu wyciągów wyskokowych ze sporyszu krótki czas przed dojrzeniem żyta lub równocześnie z żytem zbieranego. Sporządzony zaś wyciąg wyskokowy ze sporyszu długo przechowywanego wcale na macicę nie działa. Nadmienić muszę, że i taka ergotyna według Bonjeana ze sporyszu z wczesnego okresu wegetacyi jakotéż i wyciągi wyskokowe tracą swoje własności farmakodynamiczne po kilkomiesięcznêm przechowywaniu, że więc i na wyciąg wyskokowy sporyszu z wczesnego okresu wegetacyi pod względem działania jego na macicę po długiém przechowywaniu liczyć nie można.

Doświadczenia moje przedsiębrałem także i na zwierzętach ciężarnych (czterech sukach i pięciu królicach) w różnych okresach ciąży się znajdujących. We wszystkich przypadkach, tak u suk jak i u królic, nastąpiło porzucenie płodu po zastósowaniu ergotyny [1]) otrzymanéj ze sporyszu z wczesnego okresu wegetacyi. W dwóch przypadkach u suk porzucone płody były żywe; gdy zaś trzem ciężarnym królicom kwas sklerotynowy wstrzykiwałem (po 0·2 na raz co 4 godziny), porzucenie płodu nie nastąpiło a zauważyć muszę, że żadne z tych ciężarnych zwierząt po porzuceniu nie zginęło.

Tak więc w licznych moich badaniach (sięgających liczby stu) odnoszących się najprzód do ergotyn w handlu się znajdujących, następnie do ergotyn, które sam sporządziłem ze sporyszu zbieranego w różnych miejscach i w różnym okresie wegetacyi w trzech po sobie następujących latach (1883—84—85), nie zdołałem znaleźć ani téż sam wydobyć ergotyny takiéj, któraby działała obniżająco na ciśnienie krwi i zarazem macicę do skurczu pobudzała. Długi czas sądziłem, wnosząc z doświadczeń ze sporyszem żytnim wykonanych, że istota wywołująca kurzczenie się macicy zwiększać także musi ciśnienie krwi. Badania Koberta w 1884 r. ogłoszone utwierdzały mnie w tém mniemaniu. Otrzymałem jednak przypadkowo sporysz z owsa zbierany krótki czas przed dojrzeniem i wykonawszy doświadczenia z ergotyną z niego sporządzoną spostrzegałem silne kurczenie się macicy u królic jakotéż i suk, nie spostrzegałem zaś żadnych zmian w ciśnieniu krwi. Sądziłem, że i ze sporyszu żytniego uda mi się otrzymać ergotynę podobną lub téż taką, która nie tylko skurcz macicy wywołać może, ale także i ciśnienie krwi zmniejszy i dla tego téż badałem ergotyny ze sporyszu w różnych okresach wegetacyi otrzymanego.

Nowy lekopis niemiecki *(pharmacopoea germanica editio altera)* przepisuje przechowywanie takiego sporyszu, z którego olejek tłusty został oddalony. Nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że znaczne ilości olejku tłustego w sporyszu rozkładając się, wpływają także i na rozkład innych istot. Taki zaś sporysz, z którego za pomocą eteru olejek tłusty oddalony został, zachowuje jeszcze po 5—7 miesiącach swoje własności farmakodynamiczne; ergotyna lub silny napar sporządzony z niego obniża ciśnienie, nie działając jednak na macicę. Po dłuższym zaś czasie istoty obniżające ciśnienie (prawdopodobnie tylko kwas sklerotynowy) ulegają rozkładowi.—Widzimy więc, że jedna i ta sama ergotyna (jak ją nam lekopis podaje), nie może być ze stanowiska farmakodynamicznego podawaną w krwotokach jakotéż i w położnictwie, że chcąc mieć wytwór najpewniéj działający na macicę, należałoby sporządzić go ze sporyszu z wczesnego okresu wegetacyi; wytworem zaś działającym w krwotokach byłby kwas sklerotynowy lub téż ergotyna Bonjeana dyalizowana, sporządzona jednak ze sporyszu świeżego krótki czas przed zebraniem żyta otrzymanego. Mając zaś wybór pomiędzy ergotyną Bonjeana dyalizowaną a kwasem sklerotynowym nie ulega, na zasadzie powyżéj podanych przyczyn, wątpliwości, że wybraćby należało ostatni. Zwracam uwagę na to, że podskórne wstrzykiwania kwasu sklerotynowego zarówno są bolesne jak i wstrzykiwania ergotyny Bonjeana. Często otrzymywałem znaczne zapalenie w tkance łącznéj podskórnéj; wytwory te należałoby zobojętnić węglanem sodowym lub téż stósować sklerotynijan sodowy.

Co się tyczy własności fizyjologicznych sporyszu w wczesnym okresie jego wegetacyi to Bonjean twierdzi, że takowy nie działa zabójczo. Toksykologicznéj strony leku tego nie uwzględniam w niniejszéj pracy, gdyż inni autorowie w tym kierunku pewne rezultaty otrzymali i jeszcze w tym kierunku pracują.

Z badań moich wynika więc: 1) że spostrzegane przez dawniejszych autorów zwężanie się naczyń w przeźroczystych częściach żab po zastósowaniu ergotyny nie jest działaniem właściwém ergotynie, lecz jak Zweifel twierdzi, następstwem podrażnienia nerwów czulnych.

[1]) Wstrzykiwałem podskórnie roczczyn wodny 1—10. Co 3 godziny jednogramową strzykawkę Pravaza.

2) Że ergotyny według Bonjeana sporządzone, w handlu się znajdujące, różnią się w działaniu swém na krążenie.

3) Ergotyny obniżające ciśnienie krwi nie pobudzają macicy do skurczu.

4) Chcąc otrzymać ergotynę według Bonjeana stale obniżającą ciśnienie krwi, należy takową sporządzić ze sporyszu świeżego, krótki czas przed zebraniem żyta otrzymanego.

5) Ergotyna sporządzona według Bonjeana ze sporyszu z wczesnego okresu wegetacyi, 4 do 5 tygodni przed dojrzeniem żyta zbieranego, najpewniéj wywołuje kurczenie się macicy i zwiększa ciśnienie krwi.

6) Ergotyna sporządzona ze sporyszu długo przechowywanego zwiększa ciśnienie krwi przez zwiększenie pobudliwości ośrodka naczynioruchowego.

7) Wszystkie ergotyny dłuższy czas przechowywane ulegają rozkładowi i tém samém zmieniają się własności ich farmakodynamiczne.

8) Sporysz uwolniony od tłuszczu zachowuje dosyć długo istoty, ciśnienie krwi obniżające, w stanie niezmiennym.

9) Skuteczności ergotyny w krwotokach czynnych nie można tłumaczyć zwężaniem się naczyń, tylko wyłącznie obniżeniem się ciśnienia krwi.

10) Takim wytworem najlepiéj obniżającym ciśnienie krwi jest kwas sklerotynowy.

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882[1]).

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

II. Choroby opon mózgowych i mózgu.

Jak w dziale poprzedzającym, dotyczącym przypadków chorób czynnościowych ustroju nerwowego, najwięcéj zajmowały nas objawy kliniczne, a dokonane oględziny pośmiertne nie wykazywały zawsze niewątpliwéj przyczyny owych objawów klinicznych; tak naodwrót w dziale niniejszym obejmującym przypadki chorób istotnych opon mózgowych i mózgu spostrzeganych w latach 1879 do 1882 w szpitalu, główne miejsce zajmą wyniki sekcyj, którym jak to późniéj zobaczymy, w wielu bardzo razach nie odpowiadały objawy za życia spostrzegane, jak się tego na podstawie dotychczasowych zdobyczy na polu fizyjologii i patologii doświadczalnéj spodziewać należało. Dlatego téż wliczyliśmy w poczet przypadków chorób mózgu i opon jego przez nas zauważonych, także i takie przypadki, które za życia żadnym objawem się nie zdradziły, a w których dopiero sekcyja stwierdziła stanowczo zmiany w ośrodkach, a przypadki te o tyle więcéj mają znaczenia, o ile obserwacyja kliniczna była ścisłą a wszelkie objawy mogące tylko znamionować chorobę ustroju nerwowego dokładnie zapisywano.

Chorób opon mózgowych i mózgu zauważyliśmy w ogóle przypadków 120, z tych 58 u chłopców, 62 u dziewcząt. Z liczby powyższéj zmarło chłopców 47, dziewcząt 49, razem 96 to jest 80%, sekcyj nie wykonano tylko w jednym przypadku, w którym atoli rozpoznanie żadnéj nie ulegało wątpliwości. O częstości pojawienia się poszczególnych postaci chorobowych najlepiéj pouczy następująca tabliczka:

[1]) Zob. Przegl. Lek. z r. 1883.

Przypadków:	u chłopców	u dziewcząt	razem
Niedokrewności mózgu i opon	1	3	1
Przekrwienia mózgu i opon	5	3	8
Wynaczynienia w mózgu i oponach	2	3	5
Zakrzepicy krwi w zatokach	1	4	5
Zakrzepicy tętnicy rowka Sylwiusza	—	1	1
Zap. opony twardéj krwotokowego	3	4	7
Zapalenia opon miękkich	2	5	7
Wodogłowia ostrego	3	4	7
Wodogłowia przewłocznego	10	6	16
Zapalenia opon mózgowych gruźliczego	16	13	29
Zap. opon mózg. i rdzenia nagminnego	1	7	8
Przerostu mózgowia	2	—	2
Uwiądu mózgowia	1	—	1
Przepuklina mózgowa wrodzona	—	1	1
Zapalenia mózgu	2	1	3
Nowotworu mózgu	3	4	7
Porażenia nerwu twarzowego	—	1	1
Uwiądu nerwu wzrokowego	—	1	1
Ślepoty	1	1	2
Głupoty	5	2	7
Obłędu	—	1	1
	58	62	120

Jak trudném jest ścisłe rozpoznanie chorób mózgu i opon we wieku dziecięcym, jak mało polegać można czasem na oznakach rozpoznawczych podawanych w podręcznikach i sztucznie zestawionych schematach, a wreszcie jak czasem w obec wybitnych objawów klinicznych rozpoznanie poczynione za życia zdaje się niezawodném, a przecież nie znajdujemy w mózgu téj zmiany, jaką przypuszczaliśmy, tylko odmienną, albo co gorsza czasem i nic nieprawidłowego, tak iż nawet nasunąć się muszą pewne powątpiewania co do wartości badania pośmiertnego mózgu wyłącznie makroskopowego, pouczą nas właśnie pojedyncze przypadki, odnoszące się do wyżéj wykazanych postaci chorób, które téż nieco obszerniéj podamy.—Tymczasowo tyle tylko wspomnę, iż na 120 przypadków chorób mózgu i opon nie rozpoznaliśmy za życia żadnego zboczenia w ustroju nerwowym w przypadkach 38iu, gdyż przebiegały bez widocznych objawów. W 4ch mieliśmy wprawdzie podejrzenie, lecz dla braku wybitniejszych oznak ściśle rozpoznać nie mogliśmy. Natomiast w 4ch innych przypadkach na podstawie licznych objawów rozpoznaliśmy pewne zmiany chorobowe, podczas gdy sekcyja żadnéj zmiany w mózgu i oponach nie wykazała, a pomyliliśmy się nakoniec tylko pod względem oznaczenia jakości cierpienia w przypadkach 14tu.

Nadmienić jednak wypada, iż pomiędzy odnośnymi chorymi było 12tu przyniesionych już w stanie konającym, które tylko po kilka godzin byli w obserwacyi, a następnie nie mało było takich chorych, którzy tylko kilka dni pozostawali w szpitalu a oddani byli bez jakichkolwiek wywiadów, gdyż przyjęto ich w kancelaryi szpitala św. Łazarza, odesłano do szpitala św. Ludwika a lekarz ani rodziców ani opiekunów wcale nie widział.

Najwięcéj uszło rozpoznaniu przypadków przekrwienia mózgu, wynaczynień, zapalenia opony twardéj i zakrzepicy zatok, podczas gdy pomyłki w rozpoznaniu pod względem postaci chorobowéj tyczyły się najwięcéj różnych postaci zapalenia opon miękkich.—Na trudność w rozpoznaniu chorób mózgowych u dzieci wpływa jak wiadomo obok przyczyn zewnętrznych przypadkowych, np. braku wywiadów, krótkiego

czasu obserwacyi itp. bardzo wiele wiek dziecka jakoteż i ta okoliczność, czy choroba mózgowa w danym przypadku jest pierwotną, czy też rozwinęła się dopiero w następstwie innych chorób, których objawy przeważać mogą nad objawami zajęcia mózgu lub opon jego, kończącego tylko chorobę pierwotną a zarazem i życie pacyjenta, albo też których obecność tłumaczyć może dostateczne objawy spostrzegane, tak iż wcale nie jesteśmy zniewoleni do przypuszczenia jeszcze obok choroby głównéj powikłań ze strony narządu nerwowego. Jeżeli np. rozpoznamy u chorego dziecka zapalenie nerek, w ciągu którego przyjdzie do mocznicy, to dla tłumaczenia występującéj bezprzytomności, drgawek, wymiotów itd. nie potrzebujemy przypuszczać jeszcze i zapalenia opon na półkulach lub wodogłowia ostrego, a jednakowoż zmiany te obok zmian rozpoznanych na stole sekcyjnym jeszcze napotkać możemy, jak się to w rzeczywistości w jednym zdarzyło przypadku. Albo też jeżeli u dziecka cierpiącego na długotrwałą biegunkę wystąpią objawy odpowiadające niedokrewności mózgu, to tłumaczeniem tém zupełnie zadowolić się możemy a nie możemy jeszcze zamiast tak zwanego hydrocefaloidu rozpoznać zakrzepicy zatok, którą późniéj dopiero na stole sekcyjnym wykrywamy. Co do wieku zaś dziecka, wiadomą jest rzeczą, iż mózg noworodków nie jest albo przynajmniéj nie ma być jeszcze zupełnie wykształconym, że większa część półkul mózgowych nie posiada jeszcze zorganizowanéj istoty rdzeniowéj, potrzebnéj dla zizolowania włókna osiowego i że rozwój téjże stwierdzono dopiero z końcem drugiego roku życia, sprawy chorobowe w półkulach mózgowych mogą przebiegać bez wszelkich objawów ogniskowych a tylko zmiany w rdzeniu przedłużonym, móżdżku, szypułkach mózgowych, wzgórzu czworaczém, wzgórzu nerwu wzrokowego i torebce wewnętrznéj wywołują objawy miejscowe, poczém też się łatwiéj rozpoznać dają. Z drugiéj strony możebną jest w wieku dziecięcym, póki mózg znajduje się w okresie rozwijania, pewna zastępczość jednéj półkuli za drugą, to jest, że ośrodki jednéj półkuli mogą objąć w zupełności czynności ośrodków półkuli drugiéj, jeżeli takowe ulegają zniszczeniu. W tych razach, jak doświadczenia poczynione na zwierzętach uczą, następuje przerost ogólny pozostałéj półkuli, jéj rozwój lepszy, tak iż ośrodki w półkuli téj zawarte, działają zarówno dla obydwu połów ciała. Jeżeli zatém dziecko jakieś, które zapadło na chorobę mózgu lub opon mózgowych z współudziałem mózgu, przybędzie do szpitala w okresie już późnym choroby, często dla cierpienia zupełnie innego, po ustąpieniu objawów ogólnych, wspólnych zresztą wszystkim chorobom mózgu, to może ono nie okazywać żadnych objawów ogniskowych, jak porażeń, zniesienia czucia, upośledzenia zmysłów już to dlatego że 1) zajęte były chorobą części wyż wspomniane jeszcze nie rozwinięte, nie dające zatém objawów miejscowych, już to 2) że w obec chorobowych zmian części już u noworodka więcéj rozwiniętych, czynności zajętych ośrodków objęły zastępczo ośrodki półkuli przeciwnéj, lub też nakoniec, że 3) zajętemi są części mózgu, których przeznaczenie i czynności w ogóle dotychczas są nieznane, jak np. półkule móżdżka i przednie i tylne części odnóżek móżdżkowych. Zdarzyć się też może, że oddaném będzie w opiekę lekarską dziecię już starsze, z jakąkolwiek chorobą, u którego jednak choroba mózgu (przypuśćmy nowotwór) rozpoczęła się jeszcze dawniéj w wieku młodym, obierając sobie za siedzibę miejsce jeszcze wówczas niezupełnie rozwinięte, niedając żadnych objawów ogniskowych. Natenczas przy powolnym wzroście nowotworu mózg w zupełności doń zaakomodować się może a zatém braknie objawów, po którychby obecność guza rozpoznać było można, i dopiero jeżeli dziecko umrze już to skutkiem przystępującego w końcu zapalenia opon, lub też w skutek choroby jakiéj innego narządu, wykaże sekcyja obecność guzów w miejscu, w którém się go najmniéj spodziewano. Podobne przypadki zdarzają się dość często, jak to literatura uczy, a tylko w ten sposób wytłumaczyć sobie możemy przypadki, w których za życia objawów nie było, a sekcyja wykazała obecność guzów w miejscach, których zniszczenie sprawia zazwyczaj najwybitniejsze zniesienie różnorodnych czynności.

Co do przypadów ogólnych, to z powodu żywszéj w ogólności zamiany pierwiastków w mózgu, większéj obfitości w krew, większéj względnie szerokości światła tętnic mózgowych w stosunku do serca z powodu mniejszego udoskonalenia układu nerwów zwalniających ruchy serca, będą one w pierwszym wieku dziecięcym podobne czy to w zwykłém prędko mijającém przekrwieniu, czy też w zapaleniu gwałtownéṁ czy w zakrzepicy nawet, bo w każdym z powyżéj przytoczonych przypadków wystąpić może bezprzytomność, wymioty, drgawki, porażenia, a przypady te nie dają możliwości ścisłego rozpoznania i dopiero przebieg dalszy o jakości cierpienia pouczyć nas może.

Przypuszczam zatém, że wątpliwości i braki nasze rozpoznawcze dostatecznie są wytłumaczone, a że to nietylko nam się przydało, wie każdy, kto z kazuistyką chorób mózgu nieco jest obeznany. Przystępujemy teraz do omówienia poszczególnych postaci chorobowych w porządku tabelą oznaczonym.

A. Niedokrewność mózgu i opon mózgowych.

Jakkolwiek rozróżnienie postaci niedokrewności mózgu czynnéj (tj. powstałéj na podstawie utrudnionego dopływu krwi tętniczéj, czy to skutkiem kurczu naczyń, czy to w obec zastoin żylnych), i niedokrewności mózgu biernéj (skutkiem utraty krwi całego organizmu, lub w następstwie choleryny itp.) ze stanowiska teoretycznego jest zupełnie słuszném rozróżnienie to jednakże może mieć znaczenie tylko przy zastosowaniu środków leczniczych, gdyż obraz chorobowy czy jednéj lub drugiéj postaci jednakowo się przedstawia. Powiedzieć nawet można, iż przypuszczenie w ogóle niedokrewności mózgu jako choroby samoistnéj, *sui generis*, i opisywanie przypadów jéj, przebiegu, rokowania itd. jest właściwie czemś bardzo dowolném, gdyż niedokrewność mózgu bardzo często idzie w parze z przekrwieniem i to nietylko biernėm, a przypady bywają wspólne obydwu tym stanom. Gdybyśmy niedokrewność mózgu uważać chcieli zawsze jako chorobę samoistną, pierwotną, to policzyć byśmy tu musieli wszystkie albo co najmniéj większość przypadków drgawek, daléj przypadki omdlenia, polegające przecież także na chwilowéj niedokrewności mózgu, zwłaszcza u ozdrowieńców, następnie wszystkie przypadki silnych biegunek u małych dzieci, u których z pewnością mózg mniéj krwi zawiera niż w stanie prawidłowym, wreszcie wszystkie przypadki, w których sekcyja wykazała większą bladość istoty mózgowéj, choć za życia wcale żadnego przypadu niedokrewności nie stwierdzono. Możemy zatém tylko wtedy mówić na pewno, iż w danym przypadku istniała niedokrewność mózgu, jeżeli za życia zauważono przypady, które tylko do tego stanu odnieść się dały a sekcyja wykazała wysoki stopień niedokrewności mózgu. Przypadek taki jeden tylko zauważyliśmy a mianowicie:

u Marcina Kręcina, chłopca 8letniego, miernie odży-

wionego, przyjętego do szpitala 20 lutego 1880 z objawami przebytego zapalenia płuca lewego i wysiękiem opłucnowym sięgającym aż do kąta łopatki. Chłopiec dobrze zbudowany nie gorączkuje a prócz bladości skóry i błon śluzowych i obrzęku śledziony nie okazuje zmian narządów przedmiotowo wykazać się dających. W ciągu dalszéj obserwacyi zauważono tylko bezłakność, stałe utrzymywanie się wysięku przez czas jakiś i nieregularne podwyższenia ciepłoty wieczornéj a w dniach 13, 14, 15 marca wymioty kilkakrotne w ciągu dnia treścią trawiasto-zieloną, ból głowy znaczny, apatyję zupełną, spiączkę, rozszerzenie źrenic, zwłaszcza lewéj, tętno bardzo nikłe, zapad ogólny, ciepłotę najwyżéj wieczorem do 35·8 dochodzącą i bardzo rzadkie oddawanie moczu, podczas gdy badanie wykazało znaczne wypełnienie pęcherza. Przytomność niepewna, drgawek ani porażeń nie było. Dopiero po zastósowaniu środków pobudzających, głównie wina, stan ten minął, chory jednak żalił się wciąż na ból głowy. 25/3 c. r. 40· 1, wypieki, kaszel krótki suchy; badanie przedmiotowe wykazuje zapalenie płuca lewego z tyłu aż po sam szczyt. 30/3 umarł o godzinie 4 popołudniu.

Sekcyja wykonana 31 marca wykazała: *Pleuropneumonia crouposa sinistra, oedema acutum pulmonis dextri. Degeneratio adiposa cordis, renum et hepatis, tumorlienis chronicus*; *hyperplasia agminum Peyeri et glandularum mesaraicarum. Anaemia summa cerebri.*

Objawy zatém mózgowe spostrzeżone w dniach 13, 14 i 15 marca dają się bardzo łatwo odnieść do niedokrewności mózgu, na powstanie któréj wiele składało się momentów: osłabienie całego organizmu po przebytém pierwszém zapaleniu płuca, ucisk wysięku, utrudnienie odpływu krwi żylnéj z czaszki, upośledzona czynność serca częścią w skutek stłuszczenia mięśnia, częścią w skutek ugniotu wysięku opłucnowego i płuca zapalnego na samoż serce i upośledzone odżywienie skutkiem zupełnéj bezłakności.

Niezwykłym objawem było obniżenie ciepłoty przez dni 3 subnormalnéj i stan porażenny wypieracza moczu. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z drugiéj seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Forteca William należała dawniéj do miejscowości, które najgwałtowniéj cholera nawiedzała, w okresie czasu od 1850—1860 śmiertelność wynosiła 10 p. m., dziś zdarzają się zaledwo pojedyncze przypadki odosobnione. Koch już dawniéj przypisywał przyczynę tego zaprowadzeniu wodociągów, ale przeciw zapatrywaniu temu podniesiono takie same zarzuty, jak co do miasta Kalkuty, mianowicie że przyczyn ochrony od cholery dopatrywać potrzeba w innych ulepszeniach sanitarnych, Pettenkofer poszedł nawet daléj, twierdząc, że Koch nie dowiedział się prawdy. Koch protestuje przeciw temu podając, że opierał swe zapatrywania nie tylko na podaniach ale i na własnych spostrzeżeniach. W dalszym ciągu swego wywodu wykazuje Koch, że poprawa kanalizacyi fortecy William na cholerę wpłynąć nie mogła, szczególne bowiem stosunki téj fortecy są powodem, że tam poprawa zaopatrzenia w wodę tak wielką gra rolę, nie idzie zaś zatém aby i gdzieindziéj tak się rzeczy miały. Kalkuta i forteca William nie są jedynemi miejscowościami, w których po zaprowadzeniu wodociągów pojawiło się zmniejszenie się cholery, jako takie przytacza Koch Bombay, Madras, Nagpore, Pondichery a w końcu zwraca uwagę na Kairo i Aleksandryję, okazując graficzne przedstawienie epidemij w r. 1865 i 1883 w każdém z tych miast. W r. 1865 oba miasta nawiedziła gwałtowna epidemija. Późniéj oba zaopatrzone zostały wodociągami. Epidemija w r. 1883 była w Aleksandryi bardzo łagodną, gdy w Kairze co do nasilenia zupełnie równała się epidemii z r. 1865. Cóż zatém pomogły wodociągi w Kairze? Na pytanie to odpowiada Koch, iż niewątpliwie byłyby pomogły, gdyby były lepszemi. Są one bardzo nieodpowiedniemi, nic więc dziwnego, że zamiast wpłynąć na zmniejszenie się cholery można je uważać za sprzyjające jéj czynniki. Przykład ten poucza więc, że nie wystarczają w tym kierunku wodociągi, ale muszą być dobre wodociągi.

Z kolei zabiera głos Günther celem omówienia zachowania się cholery do lekarzy w Saksonii. W epidemii 1873 r. zdarzyło się w 52 miejscowościach 365 przypadków śmierci, z 50 lekarzy żaden nie umarł, 3 lekko zachorowało. W 1866 w obwodzie Zwikau, w którym zmarło 2.638 osób, w 118 miejscowościach, z 150 lekarzy żaden nie umarł. W r. 1865 w 25 miejscowościach zmarło 465 osób, żaden lekarz nie zapadł i nie umarł. Co do pielęgnujących to w r. 1873 z 40 mężczyzn i kobiet nikt nie zapadł, gdy w r. 1865 zmarło 7 mężczyzn i 4 kobiet a z pośród osób trudniących się w r. 1873 przewozem i dezinfekcyją zmarło 2. Z 50 grabarzy żaden nie umarł, a w r. 1866 na 112 jeden. W porównaniu z innemi zawodami, co do których znamy liczbę zajętych osób, to stosunek jest bardzo korzystnym. Co do praczek bielizny po zmarłych rzecz się miała różnie. W r. 1873 z 50 praczek żadna nie zapadła ani nie umarła, w latach 1865 i 1866 stosunki były niekorzystniejsze, ale Günther przypisuje to nieodpowiedniemu zwyczajowi dłuższego przechowywania ubrania przed praniem. W r. 1865 z 25 umarło 4=16%. W r. 1866 z 112 zmarło 14=12½%. Co do wpływu gruntu powiada Günther, iż uważał, że miejscowości na gruncie iłowatym, zbitym, mniéj podlegały niż miejscowości na przepuszczalnym grubym zwirze. Co do ciepłoty gruntu to zauważył w r. 1873, iż szczyt epidemii w Dreźnie schodził się z ciepłotą gruntu w głębokości jednego metra.

Na poczynione w poprzednich przemówieniach Kocha i Günthera zarzuty, odpowiada Pettenkofer, odwołując się do swéj niedawno drukiem ogłoszonéj pracy: *Die Cholera* (w czasopiśmie Nord u. Süd 1884, z. 91 i 92), obstaje przy tém, że Koch nie dowiedział się prawdy a to z tego powodu, że podający mu sami dokładnych dat nie znali a jeżeli Koch poddał fortecę William dokładnemu badaniu, to nie znał stanu jéj poprzedniego. Jeneralny lekarz Dr. Renzy, do którego się odwołuje Gafky, zdaje się, że sam krótko był w Kalkucie i w fortecy William, gdy znawcy, którzy tam czas dłuższy przebywali, odmiennie się wyrażają, np. Mouat, którego list do redakcyi Lancetu Pettenkoffer odczytuje. Z listu tego wynika, iż w William nie można wykluczyć wszystkich możliwości prócz wody, że nie można więc uważać Williamu za odpowiedni przykład. Pettenkofer rozbiera obszernie zapatrywania Dra de Renzy, zapuszczając się w szczegóły, a z tego powodu ta część jego wywodów nie nadaje się do wyciągu. Główny dowód przemawiający przeciw przyjęciu teoryi co do wpływu wody do picia stanowi zależność epidemii cholery od pór roku tak w Indyjach jak po za niemi. Pojedyncze przypadki cholery zdarzają się w każdéj porze roku, nawet epidemije miejscowe, a skoro wybuchnie jaka epidemija czy to w lecie czy w zimie, to ponieważ nigdy nie jest

trudno o przypadki cholery wyprzedzające epidemiję, można przypuszczać, że ślad stolca cholery mógł się dostać do wody do picia. Z epidemijologicznego stanowiska wypada jednakjeszcze dochodzić, czy można wodę do picia miejscowe czasowe usposobienie. Ilekroć takie dochodzenie czyniono okazała się teoryja co do wpływu wody do picia nie do przyjęcia. Wielu lekarzy indyjskich wykazało, iż tak się rzeczy mają, a między innemi także Cuningham co do Kalkuty. Tablice statystyczne dotyczące śmiertelności okazują, że tam i dziś jak dawniéj najwyższą bywa śmiertelność w porze gorącéj i suchéj a najmniejszą w porze deszczowéj. Chorzy na cholerę znajdują się zawsze a z ich wypróżnień właśnie w porze deszczu najłatwiéj dostać się może nieco do wody do picia, gdy cholera najwięcéj zdarza się w porze najsuchszéj, w któréj prątki przecinkowe przez wyschnięcie w wielkiéj liczbie giną.—Z tablic tych wynika daléj, że cholera zachowuje się równo w mieście samém i na przedmieściach, trudno więc przypuścić, aby do wody filtrowanéj i do zbiorników dostawały się zawsze równe ilości stolców cholerycznych.—Zachodzi tylko różnica, iż w mieście cholera jest mniéj zabójczą, Pettenkofer tłumaczy to stosunkami zamożności mieszkańców. Cuningham zwraca uwagę, że cholera zmniejszyła się w skutek kilku sanitarnych ulepszeń a nie jedynie skutkiem wodociągów, ale mimo to zdarzają się wahania a czasem dosięgają epidemije wysokości dawniejszéj.

Porównywając przebieg cholery w Kalkucie, na przedmieściach téjże i w niedaleko położonym Hourah, widzimy, że najlepiéj dzieje się w Kalkucie, gorzéj w Hourach a najgorzéj na przedmieściach Kalkuty. Wszystko to okazuje niezawisłość cholery od wody, lecz zależność jéj od innych czynników. (C. d. n.)

E. Wagner: **Niektóre komplikacyje duru brzusznego.**

I. Choroby podniebienia miękkiego W. obserwował w durze bardzo często. Najczęściéj bywa zwykła *angina cath.*, trwająca przez 1szy tydzień, a niekiedy sam dur wyprzedzająca. Z 255 obserwowanych przez Hoffmana przypadków 28 zaczęło się od anginy. W niektórych razach *angina cath.* przechodzi w cięższe formy, a Ziemssen podaje nawet przypadek, gdzie w skutek *angina cath.* przyszło do zgorzeli języczka. Inne formy zapaleń są już o wiele rzadsze, jak np. angina kachektyczna (*angine pultacée*). Polega ona na zaczerwienieniu z białemi plamkami lub jednostajném białém zabarwieniu i nierównéj powierzchni podniebienia i migdałków. Anatomicznie cechuje się pęcznieniem przybłonka i łuszczeniem się. Ta forma często zdarza się w najwyższym okresie duru. Postać pęcherzykowa jest bardzo rzadka. Pęcherzyki pękają pozostawiając po sobie małe wrzodziki. Forma zaś jamista lub mieszkowata (*lacunäre s. foliculäre*) rzadko zjawia się w początkach tyfusu. Postać krupowa i dyfterytyczna zdarza się tylko na szczycie duru, albo już pod sam koniec, i powstaje prawdopodobnie przez zarażenie się podczas panującéj epidemii. W. zauważył, że chorzy na dur odznaczają się szczególną skłonnością do dyfteryi co i Oulmont potwierdza. Właściwa durowa angina *(angine typhique ulcéreuse)* jest rzadką formą. W. 3 tylko przypadki obserwował. W początku duru znajduje się na podniebieniu kilka małych okrągłych albo owalnych, szarobiałych wrzodzików wielkości soczewicy o otoczeniu nie bardzo zaczerwienionėm i nieznacznie obrzmiałém. Masę pokrywającą te wrzodziki daje się łatwo zdjąć, a mikroskopowe badanie wykazuje mnóstwo przybłonka, ciałek białych i mikroorganizmów. Migdałki są normalne, albo nieznacznie obrzmiałe, ale zawsze są wolne od wrzodzików. Wrzodziki takie w przeciągu tygodnia zwykle zaczynają się zabliźniać i nie pozostawiają blizn, a rzadko kiedy dążą w głąb i zlewają się z sobą.

II. *Nephrotyphus* — kombinacyja duru brzusznego z ostrą chorobą Brighta. W. podaje kilka przypadków obserwowanych przez siebie, gdzie bezsprzecznie były objawy duru brzusznego i ostrego *Morb. Brightii* z charakterystyczną temperaturą, meteoryzmem, obrzmieniem śledziony, biegunką i różyczką, obok skąpéj ilości moczu, znacznéj ilości białka i licznych części morfotycznych, a nawet w jednym przypadku był obrzęk na twarzy i odnogach dolnych. Tak samo jak i zwykły dur brzuszny może się rozpoczynać *nephrotyphus* od dreszczów, bólu głowy, ogólnego osłabienia, silnego zajęcia sensoryjum, a często i krwotoków z nosa. Na trwanie duru zdaje się nie mieć wpływu, różnice zaś w przebiegu są nieznaczne, często tylko tętno silnie jest przyspieszone i brak dwubitności. Z pięciu przypadków żaden śmiercią się nie skończył.

III. W. podaje przypadek, w którym obok duru było ostre zapalenie stawów, a w końcu i ostre zap. otrzewny na *colon ascendens*, niemające związku z wrzodami durowemi. Sekcyja najzupełniéj stwierdziła rozpoznanie. W kilku zaś innych przypadkach W. wahał się w rozpoznaniu duru lub ostrego zapalenia stawów, aż wreszcie po kilku dniach wystąpiły wyraźniejsze objawy ostrego zapalenia stawów i wyzdrowienie po zażyciu kw. salicylowego. Początek choroby był podobny do duru, dopiero po tygodniu wystąpiło obrzmienie stawów. Obok tego znajdował obrzęk śledziony, lekki meteorismus, język suchy, drżący, często biegunkę. Ciepłota rano normalna, wieczorem 39—40°. Tętno 80—70 —60 uderzeń, niewyraźnie dwubitne. Powikłania ze strony serca brak, trwanie 2—3 tygodni, najczęściéj wyzdrowienie

IV. Kombinacyja duru ze skłonnością do krwotoków. W. rozróżnia w durze 3 formy krwotoków. 1) Krwotoki z nosa w początku choroby, uważane przez niektórych jako następstwo nawału do głowy i przekrwienia mózgowego. 2) Dość częste krwotoki ze zranionych miejsc na wargach, języku, podniebieniu, a przedewszystkiém w jelitach. Nawet po śmierci nie można wykryć pewnéj przyczyny tych krwotoków. Część takich chorych umiera zazwyczaj z zapalenia otrzewny w skutek przedziurawienia jelita. 3) Daléj występują krwotoki do rozmaitych tkanek i organów, czy to w postaci *purpura haemorrhagica*, czy to jako objawy gnilne, a nieraz i śród objawów zupełnie odmiennych. Najczęstsze krwotoki bywały z dziąseł, warg, nosa, nerek i jelit, u jednego zaś przy sekcyi znaleziono wynaczynienie we wszystkich organach. Dodać jeszcze należy to, że w niektórych przypadkach współcześnie występowały zapalenia zgorzelinowe skóry. Krwotok pojawiał się 20 lub 23 dnia choroby, czasem jednak już 10 dnia. Po znacznych krwotokach powstawała w kilku dniach silna niedokrewność, a w niektórych przypadkach w następstwie i śmierć.

Kombinacyja skłonności krwotokowéj z durem jest dość rzadką. Co do etyjologii nic się nie daje wykryć, bo chorzy przedtém ani nie przechodzili gnilca, ani też podlegali chronicznemu zatruciu wyskokowemu, i owszem wszyscy byli dotąd zdrowi i dopiero wraz z durem krowotoki te wystąpiły. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, t. 37). *Dr. J. S.*

Prof. Schreiber: **Sztuczna albuminuryja.**

S. podaje szereg doświadczeń, które wykonał w pracowni kliniki lekarskiéj w Królewcu nad sztucznėm wywo-

łaniem białkomoczu u zdrowych przez ucisk na klatkę piersiową. Doświadczenie polega na têm, że za pomocą 2 pelot stosowanych do klatki piersiowéj a odpowiednio połączonych z sobą śrubkami, wywiera się jedno- lub obustronny ucisk na klatkę piersiową. Ucisk może być rozmaitéj siły, stosownie do osoby, poza pewne jednak granice nie powinien przechodzić, a miarą jest zwykle podmiotowe uczucie osoby badanéj. Najlepiéj używać do tego osób młodych między 10—20 rokiem. Przy doświadczeniu osoby takie nie czują duszności, sinicy nie ma. Tętno oraz oddech, cokolwiek cięższy niż przedtém, są nieznacznie przyspieszone. Ucisk trwał od 1 min. 10 sek. do 2 godzin, w tym ostatnim przypadku nie łatwym jest do zniesienia. Nim się doświadczenie rozpoczyna, mocz wypuszcza się i dokładnie bada, po doświadczeniu znowu poddaje się badaniu. Zatrzymania moczu po takich doświadczeniach S. nie spostrzegał. Ponieważ u młodych osób mocz fizyjologicznie posiada ślady białka w różnych porach dnia, dla tego więc tam, gdzie trochę więcéj białka w moczu się pokazywało, tych osób do doświadczeń nie używał. Ilość białka wydzielonego po doświadczeniu bywała nieraz bardzo mała, nieraz zaś dochodziła do 18·7 pr. m., a zatém w takiéj sztucznéj albuminuryi więcéj bywa wydzielonego białka niż w jakichkolwiek chorobach nerek. Według Bartelsa w nerce zastoinowéj i cholerze bywa 2 pr. m., w innych zaś chorobach nerek 3—5 pr. m., podczas gdy w sztucznéj albuminuryi bywało nieraz 6—18 pr. m.. W skutek ucisku ilość wydzielonego moczu i ciężar gatunkowy nieznacznie i nie zawsze się zmniejszają. Oddziaływanie kwaśne, obojętne lub alkaliczne, niekiedy zaś znajdowano wałeczki hyalinowe bardzo skąpo. Co do gatunku białka badanie chemiczne wykazało, że wydzielina jest złożoną z serumalbuminu, globulinu i peptonu. Albuminuryja trwała 1 do 3—4 godzin, tylko w jednym przypadku po 13 godzinach jeszcze białko znaleziono. Żadnych złych skutków z doświadczeń takich S. nie spostrzegał. S. stanowczo twierdzi, że albuminuryja sztuczna powstaje w skutek ucisku wywartego na klatkę piersiową. W rozmaitych chorobach płuc, gdzie znaczna była duszność, nie spostrzegał nigdy albuminuryi. Na poparcie swego twierdzenia S. przytacza jeszcze i ten szczegół, że im więcéj klatka piersiowa daje się ucisnąć, tém więcéj i białka mamy w moczu, jak to obserwował na osobach młodych (9—11·7 pr. m.), gdy przeciwnie u osób starszych z niepodatną klatką piersiową lub u osób z rozedmą płucną albo wcale białko się w moczu nie pokazuje lub téż bardzo malo. Jednostronny ucisk klatki nie prowadzi do sztucznéj albuminuryi, ponieważ podczas ucisku jednéj strony klatki następuje zupełna kompensacyja z drugiéj strony i warunki krążenia stają się znowu normalnemi. Tam zaś, gdzie w skutek spraw chorobowych w drugiém płucu nie może nastąpić kompensacyja, tam i po ucisku jednostronnym powstaje sztuczna albuminuryja. A że tak jest w rzeczywistości, przekonywa nas jeszcze jeden fakt, że w przypadkach, gdzie jedno płuco jest znacznie chorobowo zmienione, ucisk téj strony klatki piersiowéj nie wywołuje albuminuryi. Jestto więc przez ucisk wywołane zaburzenie w małém krążeniu, a zaburzenie to nader prędko udziela się i nerkom. *(Arch. f. exp. Path. u. Ther.*, t. XIX). *Dr. J. S.*

Dr. H. Pacanowski: **O peptonuryi w znaczeniu klinicznêm.**

Dokładne sposoby wykazania peptonów w moczu podał Hofmeister. W klinicznych celach zastosował te sposoby najpierw Maixner i wywołał swoją rozprawą szereg prac w tym kierunku. Wykazał on, że pojawienie się peptonów w moczu oznacza obecność ropienia i rozpadu białka w organizmie. Jaksch potwierdził podanie M., tylko nie znalazł ani razu peptonuryi w chorobach zakaźnych ostrych. Poehl (1882) znalazł peptonuryję w końcowych okresach zapaleń i utrzymuje, że każdy mocz kwaśny, zawierający białko, zawiera także pepton; mocz obojętny lub zasadowy albo wcale nie zawiera białka, albo nieznaczną ilość. Odwrotnie w moczu kwaśnym bezbiałkowym ale zawierającym pepton pojawia się białko, skoro mocz stanie się obojętnym lub zasadowym. Fenomenow, który równocześnie z Jakschem znalazł peptonuryję w tych samych co Maixner przypadkach, zwraca uwagę na powstawanie peptonów z białka; wskazał również, że morfologiczne składniki moczu (ropa, krew, przybłonki) wywierają na mocz kwaśny białkowy działanie zaczynowe (fermentacyjne). Mianowicie jeżeli kwaśny mocz białkowy zawiera znaczną ich ilość, to w moczu pojawia się pepton. W ten sposób tłumaczy się wydzielanie wałeczków moczowych, które w cewkach tkwią silnie i wtedy tylko odchodzą, jeżeli na powierzchni zostaną nadtrawione, t. j. speptonizowane.

Zestawiwszy prace i niezgodne zapatrywania innych autorów, przystępuje P. do opisania własnych badań i doświadczeń w tym kierunku przedsiębranych i dokonanych w klinice prof. Lambla w Warszawie. W doświadczeniach trzymał się w zasadzie wskazówek Hofmeistra, lecz podaje także niektóre własne poprawki co do sposobów wykazania peptonów, co pomijamy, albowiem należałoby przedstawić i pierwotny sposób Hofmeistra, na co w sprawozdaniu miejsca nie ma. Badania P. odnoszą się do 211 chorób i 810 rozbiorów moczu. Peptony znalazły się w 94 przypadkach, których wyszczególnienie byłoby również nie bez pożytku. Ograniczamy się jednak tylko do zestawienia wyników badań P. i wniosków z nich wysnutych.

Bacząc na przypadki, w których znaleziono w moczu peptony, rozróżnia autor **peptonuryję ostrą i przewlekłą.** Ostra obejmuje różne przypadki zapaleń, względnie ropień, tudzież choroby ostre zakaźne; przewlekłą objęte będą przypadki raków, suchot płucnych i niektóre choroby wątroby.

1. Peptonuryja ostra. Pacanowskiego poszukiwania dają wyniki ze wszystkiém zgodne z podaniami Maixnera i Jakscha. Znalazł ją mianowicie w okresie rozdzielenia w gośćcu stawowym, zapaleniu płuc włóknikowém, ropném zapaleniu opłucny, zapaleniu gardła, tkanki łącznéj około jelita ślepego, okołomaciczném i gruczołu przyusznego. Nadto wzbogaca kazuistykę trzema przypadkami róży. Między ostremi chorobami zakaźnemi zajmuje się przedewszystkiém durem brzusznym, co do którego podania nie były dostateczne i zgodne. Podczas gdy M. w durze brzusznym znalazł peptonuryję, nie wykazał jéj Jaksch ani w durze, ani w innych chorobach zakaźnych. P. stara się wyjaśnić różnicę tém przypuszczeniem, że J. badał mocz w czasie wysokiéj i ciągłéj gorączki. P. miał sposobność zajęcia się głębszego tą sprawą w czasie epidemii w Warszawie. W badaniach starał się odpowiedzieć na następujące pytania: 1) Czy peptonuryja znajduje się w durze, czy nie i w jakim okresie choroby; 2) czy się równo zdarza w ciężkich jak i łagodnych przypadkach; 3) jak zachowuje się peptonuryja w przypadkach śmiertelnych; 4) w recydywach; 5) wpływ powikłań na peptonuryję; 6) czy peptonuryja ma w durze i innych chorobach znaczenie pro- lub dyjagnostyczne; 7) jakie jest najprawdopodobniejsze tłumaczenie peptonuryi.

Pojawienie się peptonuryi w durze uważa P. za dość stałe. Z badań jego nad durem wynika, że pojawienie się jéj zbiega się zazwyczaj z okresem obniżenia się gorączki, albo występuje kilka dni przedtém; można ją tedy odnieść do poczynającego się polepszenia choroby. U chorych badanych przez autora rozprawy pojawiała się peptonuryja w okresach końcowych tak ciężkich, jak i lekkich przypadków, wybitniéj w ostatnich. Dopóki trwała gorączka nie można było znaleźć peptonów. Tak samo nie było ich w przypadkach śmiertelnych, jeżeli nie były powikłane z ropieniami. Co się tyczy innych chorób zakaźnych, to chwila zjawienia się peptonuryi odpowiada stosunkom w durze. Autor zwalcza następnie zapatrywania Maixnera na występowanie peptonuryi. Według M. ma ono być wynikiem podobnych czynników, jak stłuszczenie w zatruciu fosforowém, t. j. niedostatecznego utleniania ciał białkowatych, które w skutek tego nie przechodzą w mocznik i kwas moczowy, lecz pozostają na niższym stopniu utlenienia. Autor zaś stawia sprawę w jelitach w durze brzusznym na równi z zapaleniami i ropieniami. W okresie zdrowienia, jak wiadomo, podgajają się na powierzchni wrzody durowe, podczas gdy nacieki na dnie wrzodów ulegają wessaniu. Że peptonuryi nie ma w okresie największego nasilenia duru, to przyczynę tego widzi w tém, iż tu braknie warunków i czasu do wessania, gdyż szczątki rozpadowe odchodzą szybko ze stolcami. Dla tego téż w zapaleniach, w których części rozpadowe, znajdując się w miejscach zamkniętych, mogą być usunięte tylko przez wessanie, jak w zapaleniu okołomaciczném, gośćcu stawowym i zapaleniach miąższowych, pojawiają się peptony. W zgodzie ze swoją teoryją znalazł P. peptonuryję w przypadkach płonicy, w których było zapalenie gardła i gruczołów szyjnych; w ospie w okresie zasychania krost, w zimnicy w czasie zmniejszenia śledziony przy używaniu chininu. Natomiast nie było peptonuryi we wszystkich czystych przypadkach odry.

2. Peptonuryja przewlekła. Peptonuryja przewlekła obejmuje przypadki suchot płucnych, zapalenia płuc przewlekłe i raki. Peptonuryja znajdowała się we wczesnych okresach suchot płucnych, gdzie sprawa nie była jeszcze rozległa i gdzie nie było rozpadu i jam. W razie obecności jam w płucach i owrzodzeń jelit nie udało się autorowi nigdy wykazać peptonuryi, nawet mimo wysokiéj gorączki. Wyjaśnia to P. w ten sposób, że dopóki istnieje tylko naciek a drożność naczyń krwionośnych i limfatycznych jest utrzymana, to nie braknie warunków wessania rozpadowych części; przeciwnie przy wytworzeniu jam, gdy naczynia staną się niedrożnemi, wessanie staje się utrudnione; oprócz tego peptony wydalają się wraz z plwocinami przez odkrztuszanie.

Obecność peptonów w raku tłumaczy autor inaczéj niż Maixner, który badał tylko raki żołądka, i przypuszcza wessanie peptonów, powstałych z pokarmów przez owrzodziałą ścianę żołądka (*enterogene Peptonurie*). Według P. zaś ulegają wessaniu rozpadłe tkanki, zajęte przez raka. Charakterystyczne i stałe występowanie peptonuryi w raku wątroby i innych jéj chorobach skłania autora do przypisywania wątrobie pewnego udziału w przerabianiu peptonów (*hepatogene Peptonurie*). I przytacza na udowodnienie tego doświadczenia Plósza i Gyergyeia wykonywane na psach. Badali oni po wprowadzeniu peptonu do żołądka krew z różnych okolic ciała pochodzącą i przekonali się, że żyły krezkowe zawierają najwięcéj peptonu, wątroba mniéj, a żyła wątrobowa i tętnica szyjna (*carotis*) tylko ślady. Z tego wniosek, że wątroba przerabia daléj peptony. Seegen udowodnił twierdzenie Plósza i Gyergyeia odmiennym sposobem. Mianowicie wycinał kawałki wątroby zwierząt świeżo zabitych i trzymał w zetknięciu z peptonem. Z peptonu powstał cukier i inne wodniki węgla. Według S. zawiera wątroba zwierząt żywionych peptonem 50—200% więcéj cukru niż zwykle. Dla tego wątroba ma być jednym z najważniejszych narządów peptony przerabiających. W takim razie, wnioskuje daléj Pacanowski, jeżeli wątroba dotknięta jest jaką chorobą, odpada ta czynność wątroby w mniejszym lub większym stopniu, peptony przechodzą przez wątrobę bez zmiany, dostają się do głównego obiegu krwi i ukazują się w moczu. Z innych chorób wątroby, jak przypuszcza autor, bo nie badał odpowiednich przypadków, znajdować się będą peptony także w ostrém zatruciu fosforowém i ostrym zaniku wątroby. (*Zeitschrift f. klin. Med.*, t. IX, z. 5). *S. Świerz.*

Wiadomości pomniejsze.

○ **Salicylan sodowy użyty zewnętrznie.** Dr. Cagnoli wspomina, iż lecząc małego chłopca na gościec, u którego salicylan wewnętrznie użyty sprawiał zaburzenia, uciekł się do okładów z 10% rozczynem salicylanu sodowego, pokrywanych ceratą, na stawy najsilniéj zajęte. Dnia następnego ból i obrzmienie znikły a władza poruszania powróciła, gdy stawy, na które leczenia tego nie zastósowano, pozostały zupełnie w tym stanie, co były dnia poprzedniego. Doznały one następnie ulgi po zastósowaniu powyższego leczenia. (*Moniteur thérapeutique*).

○ **Działanie digitaliny, kofeinu i chininu na serce.** Wbrew podaniom Schmiedeberga i innych, Talma i Van de Weyde sądzą, iż digitalina sprawia rozszerzenie tętnic obwodowych. Skutek ten ma nastawać bez współudziału ośrodków nerwowych tak u zwierząt ciepłokrwistych jak i zimnokrwistych. Mimo to autorowie ci przyznają, iż digitalina w skutek bezpośredniego wpływu na serce uspokaja zaburzenia w krążeniu. W sercu żaby, którego czynność przytłumiono winianem antymonowym, pod wpływem digitaliny nastało przedłużenie skurczów, gdy równocześnie rozkurcze stały się krótszemi. Chinin sprawia przeciwny skutek, ciśnienie wewnętrzne zmniejsza się z powodu, iż uderzenia serca słabną tak co do częstości jak i siły, gdy pauzy się przedłużają a na naczyniach obwodowych wpływ się nie odbija. Autorowie sądzą, że digitalina jest antydotem chininu. Wnoszą oni ze swych doświadczeń, iż amonijak nie wpływa korzystnie na serce przytłumione przez chinin, chociaż napotkano przeciwny skutek w sercu antymonem przytłumioném. U starców wzmiankowani autorowie znaleźli, że amonijak jest bodźcem dla serca rozszerzonego, gdy digitalina zawiodła. Niektóre doświadczenia na żabach okazały, iż kofein w dużych dawkach może serce wstrzymać w okresie skurczu, w małych dawkach wzmacnia skurcz komórek i zwiększa trwanie jego.—Kofein jest w mniejszym stopniu niż digitalina antydotem chininu co do wpływu jego na serce. Podobnie jak amonijak a lepiéj niż digitalina kofein może wywołać skurcze w sercu sparaliżowaném przez winian antymonowy. Ogólny wniosek jest ten, iż w niektórych przypadkach rozszerzenia serca digitalina jest użyteczną, w innych lepszemi są amonijak i kofein, gdy w innych żaden z tych środków nie oddaje usług. (*The Lancet* 1885, II, Nr. 10).

Ω Vachette poleca do wstrzykiwań **w ostréj i przewlekłéj niedokrewności białkan żelazowy.** Autor robił wstrzykiwania psom dla doświadczenia w *cavum peritonei* z 2 grm. białkanu żelazowego w 5 litrach wody. Nigdy nie następowało zadrażnienie otrzewny, a wessanie całkowite cieczy szybko następowało. Badanie krwi już wkrótce po wstrzyknięciu wykazywało zwiększoną ilość hemoglobiny. Autor uważa rękoczyn ten

za zupełnie nieszkodliwy, i za w skutkach swych pewny i zachęca dla tego do robienia doświadczeń ze wstrzykiwaniami białkanu żelazowego do jamy otrzewnowéj w przypadkach takich, w których wskazaną jest transfuzyja krwi, operacyja zdaniem autora o wiele trudniejsza i o wiele niebezpieczniejsza. (*Journal de médecine de Paris*, 16 Aug. 1885).

Ω J. v. Mering donosi w Nrze 30 rb. *Centralbl. f. d. med. Wissensch.* z pracowni chemii lekarskiéj w Strasburgu, że małe dawki **Phloridinu** zadane psom, żywionym czas dłuższy wyłącznie mięsem, wywoływały pojawianie się **cukru w moczu** w bardzo dużych ilościach, a zwierzęta mimo tego nie zdawały się być choremi. Według M. z odkryciem tém wiąże się bardzo wiele ważnych kwestyj dotyczących niejasnéj dotąd sprawy cukrzycy. Obrobienie tych kwestyj zastrzega sobie M.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie zwyczajne Towarzystwa lekarzy kijowskich z d. 12 października 1885 r.

Przewodniczący prof. Dr. Münch. Członków obecnych 42.

1) Kol. Radzimowski opowiedział o wynikach, jakie otrzymał po częściowém wycięciu pęcherza moczowego i moczowodów, jakoteż po przemieszczeniu i przeszczepieniu części pęcherza i moczowodów u psów. W 8miu doświadczeniach dokonanych przez Dra R. wszystkie umyślne uszkodzenia pęcherza moczowego i moczowodów, dokonane *lege artis* i następnie zeszyte, najzupełniéj zagoiły się, jak to przy obdukcyi sprawdzono. W 2ch przypadkach wycięto część pęcherza. W jednym po wycięciu bocznéj części pęcherza razem z końcem moczowodu, ostatni był wszyty w ranę pęcherza; po upływie miesiąca pies został zabity i moczowód znaleziono wrośniętym w bliznę pęcherza. W czwartym przypadku najzupełniéj powiodło się przemieszczenie ujścia moczowodu na szczyt pęcherza. W piątym wycięta część błony śluzowéj pęcherza zabliźniła się najdokładniéj. W szóstym wycięto kawałek moczowodu długości 5mm., pies zginął w objawach zapalenia nerek, przy obdukcyi znaleziono zupełne zrośnięcie się zeszytych z sobą końców moczowodu. W siódmym przypadku Dr. R. dokonał przeszczepienia wyciętego kawałka pęcherza, który był poprzednio najstaranniéj opłukany rozczynem surnatowym. Wkrótce po dokonanéj operacyi pies okazywał objawy mocznicy, lecz po upływie kilku dni zjawiska chorobowe ustąpiły, pies został zabity, a badanie pęcherza wykazało, iż wszyty kawałek pęcherza najdokładniéj był wrośnięty. We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem jednego, operowane zwierzęta, oprócz krótkotrwałych zaburzeń ze strony narządu moczowego, miały się wcale dobrze i mało ucierpiały na zdrowiu. Ostatnia okoliczność ośmiela poniekąd do przypuszczenia, iż operacyje wymienione mogą być dokonywane w razie potrzeby i na człowieku, z nadzieją pomyślnych wyników (przypadki nowotworów).

W dyskusyi kol. Flejszer oświadcza, iż warunki, wśród których przedsiębrane bywają doświadczenia na zwierzętach są wcale inne, niż te, wśród których operator znajduje się w przypadkach cierpień chirurgicznych moczowodów i pęcherza. Mianowicie, w ostatnim przypadku narząd moczowy przedstawia zawsze zaburzenia przewlekłe (*cystitis*), które znacznie zmniejszają widoki operacyi, w skutek alkalicznego odczynu moczu.

2) Kandydat medycyny Kroneberg odczytał krótki opis rzadkiego przypadku, spostrzeganego niedawno w klinice chorób kobiecych, mianowicie przypadek otoku ropnego pochwy i macicy w skutek wrodzonego zarośnięcia części pochwy u kobiety 21 lat liczącéj (*pyocolpos, pyometra. atresia vaginae*). Cierpieniu towarzyszyły następujące objawy: ogólna niedokrewność, głuchota, ślepota na prawe oko w skutek wady rozwojowéj siatkówki, boleści w dolnéj części brzucha; częste krwotoki z nosa, peryjodycznie powracające. Przez powłoki brzuszne powyżéj spojenia łonowego i nieco na lewo wyczuć można było obrzęk sięgający nieco niżéj pępka. W celu leczniczym dwukrotnie przekłuto błonę zamykającą wejście do macicy; powtórna operacyja miała na celu oprócz wypuszczenia płynu z jamy macicznéj rozszerzenie kanału. Z jamy macicy po pierwszém nakłuciu zamiast spodziewanéj krwi odpłynęło koło jednéj szklanki czystéj ropy, po drugiém przekłuciu 4 szklanki ropy. Po upływie miesiąca chora była prawie zdrową [1]).

3) Przewodniczący prof. Münch podał krótkie sprawozdanie z naukowéj wycieczki w stepy Turkestanu, odbytéj tego lata. Zastanowiwszy się nad ogólnym stanem zdrowia ludności miejscowéj i wojsk rosyjskich, tam konsystujących, prelegent podał kilka nader ciekawych szczegółów, tyczących się panujących endemicznie w Turkestanie chorób: trądu (machau) i białości skóry (*Vitiligo*) (pes'). Trąd, dosyć rozpowszechniony w tym dzikim i mało znanym kraju, ochrzczony został przez tubylców nazwą machau. Skreśliwszy w krótkich zarysach odmiany trądu, spostrzeganego w wielu miejscowościach Turkestanu (okręgi: Taszkentu, Kokanu, Margelanu, Uratiube, Samarkanu), prelegent zwrócił uwagę na tę okoliczność, iż odmiana skórna trądu (*lepra tuberosa*) w pierwszym okresie swego rozwoju objawia się często rozlanym obrzękiem i czerwonością twarzy, bez tworzenia się guzów, które w takim przypadku bądź dopiero późniéj powstają, bądź wcale nie tworzą się i wtedy choroba od razu przechodzi w okres wsteczny, znamionujący się znieczuleniem, owrzodzeniem, zgorzelą i utratą członków ciała (zapadnięcie nosa, zbezkształtnienie stawów u palców rąk i nóg itd.). Twarz w drugim okresie trądu szczupleje a zmarszczki fałdziste powstające u osób starszych w skutek wessania guzów, nadają twarzy wyraz buldoga.

Inna odmiana trądu *lepra anaesthetica* odróżnia się od skórnéj (*lepra tuberosa*) brakiem zniszczenia i okaleczenia nosa, które w starszych przypadkach trądu skórnego prawie zawsze dają się spostrzegać. Wczesne przypadki rzadko napotyka się w stepach Turkestanu, gdyż trąd przechodzi tu dość wcześnie w okres wsteczny i anestetyczny.

Oprócz trądu mieszkańcy Turkestanu ulegają sporadycznie u nas znanéj chorobie *vitiligo*, białość skóry. Cierpienie to, bezwątpienia niewinne, przez tubylców nazwane pes', zaliczane bywa przez ostatnich, obok trądu, do cierpień zaraźliwych, w skutek czego osoby dotknięte pes'ią, wydalane są przez mieszkańców i muszą mieszkać osobno, łącząc się w odrębne rodziny i osady, każde doknięcie i obcowanie z cierpiącymi na *vitiligo* uważaném jest za niebezpieczne i mogące wywołać zarażenie się tą chorobą. Oczywiście, że o ile te obawy tubylców w stosunku do trądu są uzasadnione, o tyle pogląd ich na naturę cierpienia *vitiligo* jest błędny i na niczém nieoparty, chyba na postanowieniu Szerjatu (koran ludów Turkestanu), który głosi, iż pes' jest chorobą nawiedzającą dzieci za ich własne i rodziców grzechy, podczas gdy machau (trąd) jest karą li tylko za grzechy własne.

Pes' (*vitiligo*) objawia się wystąpieniem na skórze białych plam, które z początku spostrzegać się dają w okolicy lędźwiowéj, na tułowiu, rękach i nogach; zwiększając się stopniowo, zlewają się następnie w większe białe przestrzenie nieprawidłowego kształtu; po upływie kilku lat większa część ciała chorego przybiera biały kolor i tylko gdzieniegdzie jeszcze pozostają wysepki normalnie zabarwionéj skóry. Dotknięte chorobą okolice skóry nie przedstawiają wcale innych zboczeń, oprócz braku zabarwienia skóry; włosy również bieleją. Okolica obojczyka jest najulubieńszém miejscem usadowienia się białych plam. Grzbiet zwykle więcéj zajęty niż przednia część tułowia; najpóźniéj zaś bieleją odnogi i twarz. W niektórych przypadkach choroba zaczyna się od tworzenia się bardzo licznych, umiarowo rozsianych, drobnych plamek ciemno zabarwionych; co powstaje w skutek tego, iż całe ciało pokrywa się gęstą białą siatką, zostawiającą tylko miejsca odpowiednie torebkom włosowym. Wkrótce jednak cała powierzchnia ciała zupełnie bieleje. W sąsiedztwie z białemi plamami skóra zwykle ciemno zabarwiona. Powstawaniu choroby często towarzyszy uczucie przykrego swędzenia w skórze.

Mówiąc o etyjologii trądu prelegent z żalem wyznał, że nie mógł zebrać pod tym względem pewnych danych, a to w skutek niedowierzania i bojaźni mieszkańców, którzy byli wielce nastraszeni przyjazdem prelegenta i nawet nie wątpili z początku, iż on miał od rządu polecenie wytępienia wszystkich cierpiących na machau i pes'. O ile jednak udało mu się dowiedzieć, to trąd należy uważać za chorobę, która jest dziedziczną i w rzadkich tylko przypadkach może się udzielać przez bezpośrednie zakażenie się. Przynajmniéj znane są tu przy-

[1]) Podobny przypadek dokładnie opisał Dr. Rosner Jan w Przeglądzie Lekarskim, (1885, Nr. 13).

padki zakażenia się żony od męża i na odwrót. Liczba chorych, dotkniętych trądem i białością skóry, jest tu dość liczną, jak to uwydatnia załączona tablica. Należy jednak nadmienić, iż podani tu są tylko ci chorzy, których udało się prelegentowi widzieć i którzy są odosobnieni i zebrani w osobnych budynkach (machau-chana) i osadach, wsiach (kiszłyk).

Miejscowości Turkestanu:	Liczba dotkniętych trądem	białością skóry
Taszkent	45	8
Kokan	6	26
Margelan	7	3
Andiżan	—	34
Czusti	—	3
Uratiube	26	—
Samarkand	15	48
Kata Kurhan	—	35
Razem	99	157

Z porównania przytoczonych liczb spostrzegamy odwrotny stosunek liczebny trędowatych do liczby chorych na pes' *(vitiligo)*. Niektóre miejscowości nie były zwiedzone z powodu braku czasu, lecz obecność tam dotkniętych trądem i białością skóry była stwierdzoną przez miejscowych lekarzy. Urządzenie osobnych kolonij, osad złożonych z osobników trędowatych, jakotéż cierpiących na *vitiligo*. datuje się już oddawna i jest całkowicie zasługą krajowców; władze rosyjskie nie wiele w ogólności zwracają uwagi na te dziesiątkujące ludność choroby.

Zastanawiając się w końcu nad sprawą możliwości szerzenia się trądu pomiędzy wojskiem rosyjskiém, konsystującém w stepach Turkestanu, prelegent sądzi, że póki kraj ten nie jest kolonizowany stałymi osadnikami, którzy zmuszeni wchodzić w bliższe i pokrewne stosunki z krajowcami, dopóty choroba pozostanie li tylko wśród tych ostatnich. Wojsko rosyjskie i urzędnicy, jako niemający żadnych prawie stosunków bliższych z ludnością miejscową nie znajdują się obecnie w niebezpieczeństwie nabycia choroby; prelegent jednakże nie mógł przemilczeć o dwóch znanych sobie przypadkach, w których wojskowi Rosyjanie nabyli trądu podczas pobytu w Turkestanie. Zdaniem prelegenta, trąd może zresztą szerzyć się i drogą prostytucyi, która nawiasem mówiąc, dość kwitnie w Turkestanie.

Zajmujący ten wykład był objaśniony licznemi okazami fotograficznemi, zdjętemi przez prelegenta z osobników dotkniętych trądem i białością skóry *(vitiligo)*. *Dr. Karol.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 18—24 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 30,7. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z odry 7 (6 z. t.); z płonicy 0 (2 z. t.); z krztuśca 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 7 przypadkach odry, 1 błonicy. W tygodniu od 11—17 października umarło z ospy: w Warszawie 1, w Wiedniu 13, w Budapeszcie 9, w Pradze 5, w Tryjeście 2, w Wenecyi 9, w Paryżu 5. Z duru osutkowego umarło: w Edynburgu 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 43. Z odry umarło w Gdańsku 15, w Królewcu 14, w Londynie 28. Z płonicy umarło w Londynie 22, w Petersburgu 19. Z błonicy umarło w Berlinie 59, w Altonie 9, w Dreźnie 10, w Królewcu 9. Z krztuśca umarło w Londynie 29.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 11—17 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 29,2; w Warszawie 24,2; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 19,7; w Pradze 25,3; w Budapeszcie 23,1; w Berlinie 27,9; w Hamburgu 25,4; w Gdańsku 28,2; w Strasburgu 29,0; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Amsterdamie 19,8; w Bazylei 23,4; w Brukseli 16,9; w Chrystyjanii 18,3; w Kopenhadze 16,3; w Londynie 17,1; w Odesie 34,0; w Paryżu 20,8; w Petersburgu 22,5; w Rzymie 21,8; w Stokholmie 17,7; w Wenecyi 25,9; w Zurychu 16,6. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 5 listopada. Pierwsze posiedzenie po wakacyjach, odbyte w Akademii Umiejętności w Paryżu, miało bardzo wielkie znaczenie, bodaj czy nie historyczne. Na niém bowiem Pasteur, któremu nauka już tyle zawdzięcza, wystąpił z doniesieniem, że szczepienie ochronne przeciw wściekliźnie zastosował nietylko u zwierząt ale i u ludzi i że dwoje ludzi ocalił, którzyby byli ulegli niechybnéj śmierci. A mianowicie chłopcu 9 letniemu, który otrzymał 14 ran od psa wściekłego, 60 godzin po ukąszeniu i przez 10 dni następnych wstrzykiwał podskórnie płyn, w którym rozpuścił był rdzeń zwierząt wściekłych, postępując codziennie z jadem silniejszym, a podczas gdy zwierzęta, którym dla kontroli te same wstrzykiwał jady, dostały wścieklizny i zginęły z niéj, ów chłopiec po upływie przeszło 3 miesięcy ma się całkiem dobrze. Obecnie Pasteur ma w leczeniu drugiego chłopca 15 letniego, który również zniósł dobrze szczepienie. Vulpian poświadczył podanie Pasteura. Stoimy więc wobec faktu niezmiernéj doniosłości, jeżeli sprawdzi się skuteczność zabiegów wielkiego chemika i badacza.

* Na wczorajszém posiedzeniu Towarzystwa naszego lek. prof. Obaliński mówił o ostatnich swych przypadkach laparotomii; w dyskusyi wzięli udział koll. Oettinger, Warschauer i przewodniczący.

* **Praga czeska** 2 listopada. Na dzisiejszém posiedzeniu „Spolku lekařův českých" demonstrował prof. Hlava następujące przypadki ze swego zakładu:

1. Preparaty anatomiczne z nosacizny *(malleus)*. Przypadek dotyczył mężczyzny 40-letniego z kliniki prof. Eiselta. Chorego przyjęto z objawami gośćca stawowego. Wkrótce jednak okazały się na skórze, tkance podskórnéj i mięśniach guzki i guzy różnéj wielkości, orzecha aż do wielkości jaja i większe, mniejsze twarde, większe chełboczące. Płyn wydobyty z większych guzów za pomocą strzykawki Pravaza miał postać zwyczajnéj ropy z znaczną przymieszką krwi. Mikroskopowo: ciałka ropne w różnych okresach zwyrodnienia, detritus molekularny i znaczna ilość laseczników grubszych od gruźliczych z bardzo licznemi zarodnikami. Te same mikroorganizmy znalazłem i we krwi. Preparaty barwiłem jużto rozczynem wodnym błękitu metylenowego z kali-kausticum przy podwyższonéj temperaturze, jużto rozczynem fuchsynowym Ehrlicha przy temp. 40° przez 24 godzin. (Babes et Cornil). Kultury z krwi i ropy powiodły się i wydały kolonije barwy brunatnawéj, ale tylko na agar-agarze lub na ziemniakach, w żelatynie nie rosły (właściwość laseczników nosacizny). Pod względem wielkości nie widzieliśmy w nich podobieństwa do laseczników gruźliczych jak to utrzymują Löffler i Schütz, również Babes w swéj ostatniéj publikacyi z Cornilem, raczéj więcéj stosują się do naszych mikroorganizmów opisy Boucharda, Capitana i Charrina, którzy widzieli laseczniki grube i krótkie podobne do durowych. Długość była różną, przeważały jednak formy krótkie, we wszystkich zaś mnóstwo zarodników. Prof. Hlava, który widział preparaty Löfflera i Schützа, utrzymuje, że są podobne do naszych. Królik zaszczepiony ropą z chorego przez potarcie błony śluzowéj nosa zginął po 5 dniach, we krwi jego te same mikroorganizmy, na błonie śluzowéj nosa guzki wielkości prosa i nieco większe, barwy żółtawéj z otoczeniem sino czerwonawém, w treści guzków te same mikroorganizmy. Sekcyja chorego zmarłego wśród objawów durzycowych wykazała na błonie śluzowéj nosa guzki i rozleglejsze nacieki z częściowym rozpadem, w płucach przekrwionych ropnie różnéj wielkości i drobne nacieki żółtawe dobrze ograniczone i lobularne ogniska zapalne, ostry obrzęk śledziony i ropnie podskórne i w mięśniach odnóg. Przypadek ten jak wiele innych już opisanych przyczynia się nie mało do ugruntowania etyjologii téj choroby i to w duchu Löfflera i Schütza.

2. Guz nosa (*Rhinophyma*) odjęty 80-letniemu samobójcy. Guz ten zasługuje z tego powodu na uwagę, że był znacznych rozmiarów (wielkości głowy dziecka) i że prócz oszpecenia musiał zapewne utrudniać a przynajmniéj czynić przykrém odżywianie się. Nowotwór ten należy do włókniaków t. zw. *fibroma diffusum.* Mikroskopowo znaleziono znaczne rozszerzenie naczyń limfatycznych.

3. Przypadek *meningitis cerebrospinalis septica* pochodzący z kliniki prof. Eiselta. Mężczyzna 30-letni doznał przed półrokiem złamania kości czołowéj w części jéj środkowéj. Złamanie to zgoiło się bez powikłań. Nagle chory dostał kurczów, potém gorączki i wreszcie cały szereg objawów zapalenia opon mózgo-

wych. Sekcyja wykazała zgojone złamanie kości czołowéj z odszczepem ukośnie przyrośniętym i wnikającym pomiędzy półkule mózgowe, na dolnym jego brzegu otwór, który łączył jamę nosową z jamą czaszkową. Musiało zatém w tym przypadku wystąpić najpierw ropne zapalenie opony twardéj, które rozszerzyło się następnie na opony miękkie.

Następnie Dr. Rubeška, asystent prof. Strenga, omówił kilka przypadków owaryjotomii i demonstrował dotyczące preparaty anatomiczne. *Dr. Obrzut.*

* **Berlin.** Towarzystwo lekarskie obchodziło uroczyście jubileusz swój 25-letni, przy któréj sposobności tajny radzca Eulenburg ofiarował 10,000 marek na wybudowanie gmachu dla Towarzystwa.

* **Wiesbaden.** Langenbeck zapadł na chorobę oczną, która wymagać będzie operacyi.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Paryż.** Dr. Proust mianowany został profesorem higijeny w Wydziale lek. — **Strasburg.** Docent prywatny Dr. R. Ewald powołany został na profesora fizyjologii w chilijskim uniwersytecie w St. Jago.

* **Nekrologija.** W Brodach umarł tameczny lekarz powiatowy Dr. Karol Benda, przeniesiony tam przed kilku laty z Chrzanowa, a w Leżajsku Dr. Tytus Peszkowski w 36 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 44: Tymowskiego: Wskazania i przeciwskazania do zastosowania klimatu San Remo (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 44: Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze; Funka: Przypadek *Xerodermatis pigmentosi*, bakteryje w wydzielinie łącznéj przy *Xeroderma pigmentosum*; Sztembarta: Wycięcie nadpochwowe macicy z jajnikami z przyczyny mięsaka trzonu macicy; Biegański: Sprawozdanie z działalności przytułku dla położnic Nr. 1. — W *Zdrowiu*: Nr. 2: Kuniewicza: Jak zabezpieczyć rodzące od chorób połogowych; Nenckiego i Rakowskiego: Przyczynek do kwestyi zanieczyszczania powietrza przez gazy wydzielające się z wychodków.

Redakcyja otrzymała:

Dr. H. ŚWIĘCICKI: Badania gynekologiczno-położnicze. (Odbitka z „Gazety Lek.“) Warszawa 1885.

Dr. v. ŚWIĘCICKI (w Poznaniu): Zur Kasuistik des Pseudomyxoma peritonei (Werth). (Odbicie z „Centralbl. f. Gynäk.“ 1885 Nr. 44) in 8vo str. 2.

Dr. A. ROTHE: Psychijatryja czyli nauka o chorobach umysłowych, Warszawa 1885. (Wydawnictwo Gazety Lek.) in 8vo str. 862.

Na fundusz portretu śp. Kozubowskiego nadesłał Dr. Home z Złoczowa 2 złr., co razem z poprzedniemi składkami wynosi kwotę 313 złr. 74 kr.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

W miasteczku **Kozowie** siedzibie c. k. Sądu powiatowego powiecie Brzeżańskim otwartą jest posada lekarza miejskiego z płacą roczną w kwocie 300 złr. w. a. za kontraktem zawrzeć się mającym. Z tą posadą połączona jest funkcyja oglądania ciał zmarłych i oglądania bydła.

Kompetenci zechcą się zgłosić pisemnie w terminie nieprzekraczalnym do 15 Listopada 1885 podaniem do Rady gminnéj tutejszéj z dowodami uzdolnienia.

Objęcie posady nastąpić ma najdaléj w 4 tygodnie po zamianowaniu, przyczém się zauważa, że za oglądanie ciał zmarłych i bydła osobna remuneracyja jest przeznaczoną.

ZWIERZCHNOŚĆ GMINNA.

Kozowa dnia 11 Października 1885.

Naczelnik gminy
Neweliczka.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.